

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Nachname: _____ Vorname: _____

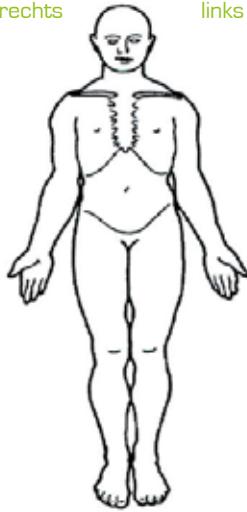
Größe [cm]: _____ Beruf: _____

Gewicht [kg]: _____ Sport/Hobby: _____

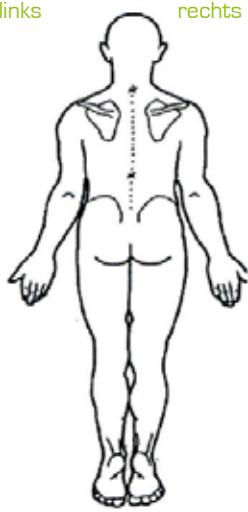
Alter: _____ eMail: _____

Wo haben Sie Ihre Probleme? [bitte einzeichnen]

rechts links

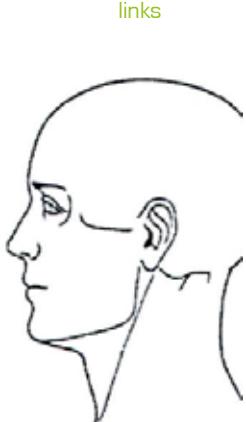
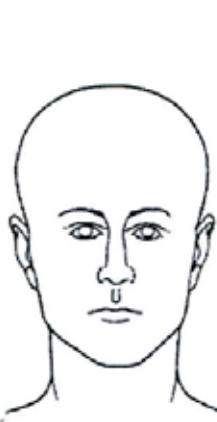
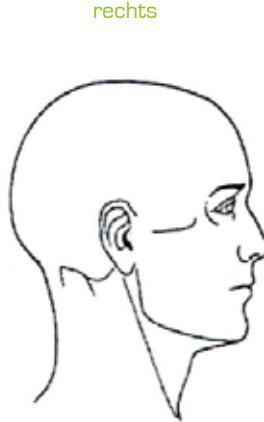


links



rechts

rechts



01

02 Was sind Ihre Hauptbeschwerden? >

03 Haben Sie Schmerzen?

ja nein

03.1 Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

(keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximal)

03.2 Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

(keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximal)

03.3 haben Sie Schmerzen in der Nacht?

ja nein

04 Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja nein

05 Ist Ihre Sensibilität verändert?

z.B. Kribbelerscheinungen, Taubheit ja nein

06 Haben Sie einen Kraftverlust?

ja nein

07 Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? >

08 Wie lange schon haben Sie Beschwerden? >

09 Welche(n) Auslöser gab es für Ihre Beschwerden? >

10	Was verschlechtert Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Aktivität <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Tragen	<input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Sitzen
11	Was verbessert Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Aktivität <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Tragen	<input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Sitzen
12	Haben Sie Schmerzen beim...	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> Schlucken	<input type="checkbox"/> Wasserlassen
13	Haben Sie Gang-/Gleichgewichtsstörungen ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> nein	
14	Leiden Sie unter...	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Schluckstörungen			
15	Haben Sie Krankheiten , wie...	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Drüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Fieber (in den letzten Wochen) <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Hormonstörungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> nächtliches Schwitzen		
16	Haben Sie Probleme mit inneren Organen ?	<input type="checkbox"/> ja ...oder: <input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verstopfung		
17	Nehmen Sie Medikamente ein und welche?	>			
18	Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
19	Hatten Sie schon Unfälle und/oder Operationen ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
20	Haben Sie sonstige Beschwerden , die nicht mit den Hauptbeschwerden zusammenhängen?	<input type="checkbox"/> Sehprobleme <input type="checkbox"/> Hörprobleme	<input type="checkbox"/> Sprechprobleme <input type="checkbox"/> Inkontinenz		
21	Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie/CT <input type="checkbox"/> Kernspintomographie/MRT <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Physiotherapie		
22	Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie?				
23	Zeit, die Sie selbst aktiv einbringen können?				

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen! Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Datum: _____

Unterschrift: _____